

東京女子医科大学病院

〒162-8666 新宿区河田町8-1 TEL03-3353-8111(代表)

科

先生

来院希望日: 月 日 () 来院希望時間 時頃

東京女子医科大学病院受診歴(有・無・不明)

 医療機関から送付 患者自宅から送付地域連携パス(諾) (ID:) 患者連絡先(TEL・携帯・その他)

紹介医療機関

所在地 〒 -

名称

TEL

科名

科

医師名

印

記載日: 平成 年 月 日 登録番号【No】

フリガナ

明・大・昭・平

患者氏名 男・女

年 月 日生(歳)

住所 〒 -

TEL - -

携 帯 - -

その他 - -

()

紹介目的

紹介後の方針に関する希望

1. 経過観察は当院で 2. 経過観察は女子医大で 3. その他()

主訴及び傷病名

既往歴及び家族歴

嗜好

薬物アレルギー

現病歴及び現症

検査所見

治療経過等

感染症

現在の処方

備考 1.医師の診察には原則として予約が必要となります。
2.必要に応じて画像資料や検査記録等を添付してください。
3.封書には宛先を必ずご記入ください。